

索引号:	11220000MB1519656C/2018-12671	分类:	医政医管;通知
发文机关:	吉林省卫生健康委员会	成文日期:	2016年12月19日
标题:	关于印发推进家庭医生签约服务实施方案的通知		
发文字号:	吉医改办联发〔2016〕1号	发布日期:	2016年12月19日

## 关于印发推进家庭医生签约服务实施方案的通知

吉医改办联发〔2016〕1号

各市（州）、长白山管委会、梅河口市、公主岭市医改办，卫生计生委（局）、发展改革委（局）、民政局、财政局、人社局，中医药管理局：

按照国务院医改办等七部委联合印发的《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》（国医改办发〔2016〕1号）文件要求，省医改办、省卫生计生委、省发改委、省民政厅、省财政厅、省人社厅和省中医药管理局共同制定了《关于推进家庭医生签约服务的实施方案》，现印发你们，请各地认真贯彻落实。

吉林省医改办 吉林省卫生计生委 吉林省发改委

吉林省民政厅 吉林省财政厅 吉林省人社厅

吉林省中医药管理局

2016年12月19日

### 关于推进家庭医生签约服务的实施方案

实行家庭医生签约服务，是转变基层服务模式、整合基本医疗和基本公共卫生资源、扩大医改成效的重要举措，是促进分级诊疗、实现有序就医的重要抓手，对建设健康吉林、践行习近平总书记在全国卫生与健康大会指出的“努力为群众提供全生命周期卫生与健康服务”的工作目标具有重要意义。为加快推进我省家庭医生签约服务工作，制定本方案。

## 一、总体要求

（一）基本原则。以推进健康吉林建设为引领，围绕人人享有基本医疗卫生服务的目标；坚持问题导向，加快解决深层次矛盾和问题；坚持目标导向，深化供给侧结构性改革，提高群众和医务人员的获得感；强化三医联动、上下联动、区域联动；以全科医生制度、分级诊疗制度、多层次医疗联合体、健康扶贫工程为抓手；突出体制创新促进优质资源下沉、突出机制创新破除逐利性、突出服务理念创新提高群众满意度、突出薪酬制度改革提高医务人员积极性、突出信息技术手段创新提高公平效率；以分级诊疗秩序建立、全科医生培养、家庭医生服务团队组建、薪酬制度改革、信息网络建设、百姓就医理念转变为工作重点，全省同步实施、分阶段推进，建立覆盖全省城乡居民的家庭医生签约服务制度。

（二）主要任务。在全省城乡区域组建以家庭医生为核心、专科医师提供技术支持的签约服务团队，由签约医生代表服务团队与签约家庭通过自愿签订服务协议，明确双方权利和义务，建立长期、稳定、信任的契约服务关系，并为签约对象提供便捷、贴心的基本医疗、基本公共卫生和健康管理服务。

（三）工作目标。2016年，在长春、延边、通化、松原4个公立医院综合改革试点城市开展家庭医生签约服务，非公立医院综合改革试点城市要按照健康扶贫工程的要求，开展贫困人口签约工作。到2016年底，4个公立医院综合改革试点城市的城市家庭医生签约服务覆盖率达到15%以上，重点人群签约服务覆盖率达到30%以上。到2017年，全部市（州）广泛开展家庭医生签约服务，签约服务覆盖率应达到30%以上，重点人群签约服务覆盖率达到60%以上，贫困人口签约服务覆盖率达到100%。到2020年，力争将签约服务扩大到全人群，形成长期稳定的契约服务关系，基本实现家庭医生签约服务制度的全覆盖。

## 二、组建家庭医生团队

（四）遴选家庭医生。

家庭医生为签约服务第一责任人。目前我省家庭医生主要包括：

1. 基层医疗卫生机构注册的全科医生（含助理全科医生和中医类别全科医生）；
2. 具备能力的乡镇卫生院医师和乡村医生；

3. 公立医院执业的医师可以通过多点执业等方式加入基层医疗卫生机构家庭医生服务团队，为社区居民或家庭提供签约服务；

4. 公立医院或基层医疗机构的退休临床医师，可通过与基层医疗卫生机构签订协议的形式，进行家庭医生签约服务工作，基层医疗卫生机构应为其提供服务场所和辅助性服务；

5. 对于尚未设立基层医疗卫生机构的区域，鼓励符合条件的非政府办医疗卫生机构（含个体诊所）提供签约服务，并享受同样的收付费政策。

执业范围注册或加注全科的医师优先入选签约家庭医生。鼓励符合条件人员参加相关培训获取全科执业资格，提升全科医生队伍数量和质量，加快形成以全科医生为主体的签约服务队伍。

#### （五）拓展签约服务形式。

1. 采取团队服务形式。签约服务应当采取团队服务形式。在城市社区及乡镇卫生院所在地，应组建家庭医生团队，主要由家庭医生、社区护士、公共卫生医师（含助理公共卫生医师）等组成，二级以上医院应选派医师（含中医类别医师）提供技术支持和业务指导。逐步实现每个家庭医生团队都有能够提供中医药服务的医师，有条件的地区可吸收药师、健康管理师、心理咨询师、社（义）工等加入团队。在家庭医生团队中家庭医生负责团队成员的任务分配和管理。

在村域范围内，由村卫生室乡村医生与上级乡镇卫生院医护人员共同组建家庭医生团队，村卫生室乡村医生负责团队成员的任务分配和管理。

2. 明确签约服务重点。签约服务要重点在方式、内容、收付费、考核、激励机制等方面实现突破，优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人和贫困人口等人群，以及高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者等。

3. 规范签约服务流程。基层医疗卫生机构要明确家庭医生团队的工作任务、工作流程、制度规范及成员职责分工，并定期开展绩效考核。其他专科医师和卫生技术人员要与家庭医生团队紧密配合。

4. 实行网格签约服务。以社区卫生服务中心或乡镇卫生院为单位划分网格，为网格内居民和单位提供全覆盖、全方位、全过程、零距离的签约服务，根据网格内医护人员数量情况配置若干支家庭医生签约服务团队，合理划分签约服务责任区域，居民或家庭自愿选择1个家庭医生团队签订服务协议，明确签约服务内容、方式、期限和双方的责任、权利、义务及其他有关事项。签约周期原则上为一年，期满后居民可续约或选择其他家庭医生团队签约。鼓励和引导居民就近签约，也可跨区域签约，建立有序竞争机制。

对于尚未设立基层医疗卫生机构的区域，各地政府应鼓励符合条件的非政府办医疗卫生机构（含个体诊所）提供签约服务，务必做到签约服务无盲点、无死角。

5. 组建组合式签约服务模式。基层医疗卫生机构应加强与公立医院的工作衔接，依托我省多层次医疗联合体，建立“1+1+1”的组合签约服务模式，家庭医生根据《吉林省基层医疗卫生机构诊疗病种参考目录》合理引导患者看病就医，逐步过渡到基层首诊。研究探索流动人口签约服务模式，促进基本医疗卫生服务均等化。

### 三、优化签约服务内涵

#### （六）明确签约服务内容。

家庭医生团队为居民提供基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。

##### 1. 基本医疗服务。

（1）对《吉林省基层医疗机构诊疗病种参考目录》（以下简称《参考目录》）涵盖的常见病和多发病的中西医诊断、治疗。

（2）对《参考目录》以外的疾病须转诊上级医院的，出具转诊证明并提供就医路径指导和转诊预约。

（3）对在上级医院就诊后出院患者提供康复护理服务并提供合理用药指导。

2. 公共卫生服务。包括国家基本公共卫生服务项目和规定的其他公共卫生服务。各地应当根据服务能力和需求，设定包含基本医疗和公共卫生服务在内的基础性签约服务内容，向所有签约居民提供。

3. 健康管理服务。主要是针对居民健康状况和需求，制定不同类型的个性化签约服务内容，可包括健康评估、康复指导、家庭病床服务、家庭护理、中医药“治未病”服务、远程健康监测等。

现阶段要首先从重点人群和重点疾病入手，确定服务内容，并逐步拓展服务范围。充分发挥中医药在基本医疗和预防保健方面的重要作用，满足居民多元化健康需求。各地卫生计生、中医药管理、人力资源社会保障、财政部门要结合实际，协商确定家庭医生团队服务的项目、内涵、流程、规范、标准。

#### （七）增强签约服务吸引力。

各地要采取多种措施，在就医、转诊、用药、医保等方面对签约居民实行差异化政策，引导居民有效利用签约服务。

1. 完善服务模式。家庭医生团队要主动完善服务模式，按照协议为签约居民提供全程服务、上门服务、错时服务和预约服务等多种形式的服务。每年至少为签约居民或家庭提供4次面对面随访。

2. 细化服务内容。各地应制定详细的服务规范，明确各种服务形式的内容。

3. 提供预约诊疗。各地卫生计生行政部门应制定具体实施办法，通过在医联体内给予家庭医生团队预留一定比例的医院专家号、预约挂号、床位等方式，方便签约居民优先就诊和住院。二级以上医院的全科医学科或指定科室对接家庭医生转诊服务，为转诊患者建立绿色转诊通道。2017年，医疗联合体内三级医院要为二级医院预留30%的专家号和床位，二级医院要为基层医疗卫生机构预留40%的专家号和床位。到2020年，医疗联合体内三级医院要为二级医院预留50%的专家号和床位，二级医院要为基层医疗卫生机构预留60%的专家号和床位。

4. 实施长处方措施。家庭医生在“合理、安全、有效”的前提下，对签约并且纳入社区慢性病管理的“诊断明确、病情稳定、需要长期服用治疗性药物”的慢性病人，满足其单次所有品种的治疗性药物1-2个月的用量。对于下转病人，可根据病情和上级医疗机构医嘱按规定开具处方。加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药衔接，合理确定基层医疗卫生机构配备使用药品品种和数量，满足患者需求，特别要保证慢性病管理患者所需的药品。

5. 充分发挥医保支付的引导作用。各地卫生计生行政部门及医保管理部门应制定不同级别医疗机构的基本医保差异化支付政策，适当提高基层医疗卫生机构医保支付比例，对符合规定的转诊住院患者连续计算起付线，引导居民到基层就诊。医疗保险经办机构应同步开展基本医疗保险居家医疗服务管理工作。《参考目录》内的疾病，患者自行前往上级医院诊疗的，将报销比例降至20%。

#### 四、健全签约服务收付费机制

(八) 合理确定签约服务费。家庭医生团队为居民提供约定的签约服务，根据签约服务人数按年收取签约服务费，由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费共同承担。具体标准由各市（州）卫生计生、人社、财政、发展改革（物价）等部门根据签约服务内容、签约居民结构以及基本医保基金和公共卫生经费承受能力等因素协商确定。要充分考虑居民的接受度和承受力，合理确定签约服务对象个人承担比例。各市（州）可根据实际针对高血压、糖尿病等重点人群开展个性化服务，探索多种形式、多种档次的个性化签约服务包，提供不同形式的诊疗项目并与医疗保险门诊政策、门诊慢性病待遇做好衔接。各地需细化服务单元、服务项目及相对应的付费标准，推动基层医疗卫生机构家庭医生签约服务精细化、标准化管理，并在实践中不断调整，逐渐完善。签约服务费中的基本公共卫生服务项目费用从基本公共卫生服务专项经费中列支，签约服务费中的医保基金承担部分，分别从城镇职工和城乡居民基本医疗保险基金中列支，签约职工和居民个人支付部分由个人支付。建档立卡

贫困人口个人缴费部分，各地可结合本地财力实际给予一定补贴，符合医疗救助政策的按规定实施救助。

（九）发挥家庭医生控费作用。有条件的地区可探索将签约居民的门诊基金按人头支付给基层医疗卫生机构或家庭医生团队。对经基层向医院转诊的患者，由基层或家庭医生团队支付一定的转诊费用。探索对纵向合作的医疗联合体等分工协作模式实行医保总额付费，发挥家庭医生在医保付费中的控制作用，合理引导双向转诊，发挥守门人作用。

（十）规范其他诊疗服务收费。家庭医生团队向签约居民提供约定的服务，除按规定收取签约服务费外，不得另行收取其他费用。提供非约定的医疗卫生服务或向非签约居民提供医疗卫生服务，按规定收取费用。

## 五、建立签约服务激励机制

（十一）完善家庭医生收入分配机制。各地应健全以标化工作量为基础的绩效考核体系，打破“收入减支出”的传统薪酬分配模式，完善基层医疗卫生机构“核定任务、核定收支、绩效考核补助”的收支管理办法，制定具体绩效考核办法，综合考虑社会公益目标任务完成情况、包括签约服务在内的绩效考核情况、事业发展等因素，合理确定基层医疗卫生机构绩效工资总量，使家庭医生通过提供优质签约服务等合理提高收入水平，增强开展签约服务的积极性。基层医疗卫生机构内部绩效工资分配可采取设立全科医生津贴等方式，向承担签约服务等临床一线任务的人员倾斜。基层机构收支结余通过绩效考核奖励形式全额予以补助，主要用于人员奖励，有效调动广大基层医务人员积极性。二级以上医院要在绩效工资分配上向参与签约服务的医师倾斜。有条件的地方可对通过相应评价考核的家庭医生团队和参与签约服务的二级以上医院医师予以资金支持引导。

（十二）完善综合激励政策。在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖推优等方面重点向全科医生倾斜，将优秀人员纳入各级政府人才引进优惠政策范围，增强全科医生的职业吸引力。将基层医疗卫生机构编制使用和人员招聘权限下放至县级，探索实行从业人员“县聘乡用，乡聘村用”管理办法。基层医疗卫生机构人员招聘不受预留比例和编制结构比例限制，实行“即缺即补”编制使用管理办法。加快全科医生队伍建设，提升签约服务水平。继续开展全科医生特岗计划。落实《人力资源社会保障部 国家卫生计生委关于进一步改革完善基层卫生专业技术人员职称评审工作的指导意见》（人社部发

〔2015〕94号），合理设置基层医疗卫生机构全科医生高、中级岗位的比例，扩大职称晋升空间，重点向签约服务考核优秀的人员倾斜。将签约服务评价考核结果作为相关人员职称晋升的重要因素。对成绩突出的家庭医生及其团队，按照国家规定给予表彰表扬，大力宣传先进典型。拓展国内外培训渠道，建立健全二级以上医院医务人员定期到基层开展业务指导与家庭医生定期到临床教学基地进修制度。加强家庭医生及其团队成员的继续医学教育，提高签约服务质量。

## 六、加强签约服务绩效考核

(十三) 建立定期考核机制。各地卫生计生、中医药管理、人力资源社会保障、财政等部门要制定签约服务管理规范。建立以签约对象数量与构成、服务质量、健康管理效果、居民满意度、医药费用控制、签约居民基层就诊比例等为核心的签约服务评价考核指标体系，定期对家庭医生团队开展评价考核，鼓励家庭医生代表、签约居民代表以及社会代表参与。考核结果及时向社会公开，并与医保支付、基本公共卫生服务经费拨付以及团队和个人绩效分配挂钩。对于考核结果不合格、群众意见突出的家庭医生团队，建立相应惩处机制。

(十四) 发挥社会监督作用。建立以签约居民为主体的反馈评价体系，畅通公众监督渠道，反馈评价情况及时向社会公开，作为家庭医生团队绩效考核的重要依据和居民选择家庭医生团队的重要参考。综合考虑家庭医生工作强度、服务质量等，合理控制家庭医生团队的签约服务人数。

## 七、强化签约服务技术支撑

(十五) 加大基层全科医生培养力度。加强全省住院医师规范化培训基地建设，规范培养全科医生的内容和方法，提高全科医生的基本医疗和公共卫生服务能力。通过基层在岗医师转岗培训、全科医生定向培养、提升基层在岗医师学历层次等方式，多渠道培养培训全科医生，逐步向规范化培训全科医生过渡。订单定向培养的医学生在服务期内执业范围为全科，执业地点为定向单位；鼓励经转岗培训合格的全科医生从事全科医学专业，符合相关规定的可加注全科。到 2020 年，实现每万人口拥有 2 名以上全科医生。加强康复治疗师、护理人员等专业人员培养培训，满足人民群众多层次、多样化健康服务需求。

(十六) 鼓励公立医院医生多点执业。鼓励公立医院在职及退休临床医生到基层医疗机构担任家庭医生。在公立医院选出一定数量的涵盖各专业的医生，鼓励他们多点执业，缓解全科医生人才的供需矛盾，吸引更多居民签约。

(十七) 加强技术支持。整合二级以上医院现有的检查检验、消毒供应中心等资源，向基层医疗卫生机构开放；探索设置独立的区域医学检验机构、病理诊断机构、医学影像检查机构等，实现区域资源共享，为家庭医生团队提供技术支撑。加强家庭医生签约服务必需设施设备配备，有条件的地方可为家庭医生配备统一的着装、出诊装备、交通工具等。基层医疗卫生机构要对家庭医生团队提供必需的业务和技术支持。

(十八) 发挥信息化支撑作用。构建完善的区域医疗卫生信息平台，实现签约居民健康档案、电子病历、检验报告等信息共享和业务协同。实现电子健康档案和电子病历的连续记录以及不同级别、不同类别医疗机构之间的信息共享，确保转诊信息畅通。提升远程医疗服务能力，利用信息化手段促进医疗资源纵向流动，提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率，鼓励二、三级医院向基层医疗卫生机构提供远程会诊、远程病理诊断、远程影像诊断、远程心电图诊断、远程培训等服务，鼓励有条件的地方探索“基层检查、上级诊断”的有效模式，促进跨地域、跨机构就诊信息共享。

(十九) 发挥“互联网+医疗”的作用。发展基于“互联网+”的医疗卫生服务能力，充分发挥互联网、大数据等信息技术手段在分级诊疗中的作用。重点提升远程医疗服务能力，横向贯通五大医疗联合体内上级医院之间医学远程会诊网络，实现优秀专家资源共享、纵向链接上级医院与下级医院之间的医学远程会诊系统，完善医学远程会诊的运行机制，提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率。探索县级医院与边境、贫困乡村建立医学远程会诊系统。到2017年，医学远程会诊覆盖90%以上的县（市、区）。

## 八、规范服务行为

(二十) 禁止乱签约行为。禁止公立医院医师直接与社区居民建立签约服务关系。禁止医务人员以个人名义从事家庭医生签约服务活动。

(二十一) 规范执业行为。家庭医生在签约服务中，必须严格遵守《中华人民共和国执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《处方管理办法》《麻醉药品和精神药品管理条例》、《临床技术操作指南》等有关法律、法规，严禁提供上门诊疗活动，做好医疗纠纷的防范，确保百姓的健康权益。

(二十二) 恪守职业道德。家庭医生在签约服务中，恪守《医疗机构从业人员行为规范》、《中国医师道德准则》、《加强医疗卫生行风建设“九不准”》等规定，廉洁自律，对患者要选择适宜的医疗措施，不准收受回扣、不准违规收费、不准从事商业目的的行为等。

(二十三) 严惩违规行为。家庭医生在向居民提供签约服务的过程中，不得有下列行为：

1. 非法夸大疗效、宣传各种健康相关产品；
2. 参与企业宣传活动，推销、代销各种健康相关产品；
3. 通过介绍患者收取中介费用。

对于家庭医生违反上述规定的，卫生计生系统纪检监察机构和卫生监督机构依据《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理暂行办法》和《中华人民共和国执业医师法》，分别给予警告、记过、记大过、降级、撤职、开除的行政处分。

(二十四) 严禁各类商业行为。严禁药品生产销售企业、保健品生产销售企业、医疗器械生产销售企业以家庭医生服务的名义进行各类宣传活动。

## 九、组织实施

(二十五) 切实加强组织领导。各地要将家庭医生签约服务作为重点工作任务纳入深化医药卫生体制改革工作的总体安排，纳入本地政府民生实事项目，成立工作领导小组，结合本地实际，制定家庭医生签约服务具体实施方案。

案。切实加强组织领导和统筹协调，形成政府主导、部门协作、全社会参与的工作机制，确保各项任务落实到位。

（二十六）建立部门协作机制。家庭医生签约服务和社区工作密切联系，服务对象中的贫困人口、老年人、慢病病人、残疾人、孕产妇和儿童、精神病人等重点人群也是其他部门的服务对象，各地应建立卫生、计生、社保、财政、残联、民政等部门协作机制，整合行政资源，提高工作效率。

（二十七）发挥基层组织作用。充分发挥镇（街）和村（社区）作用，建立起“社区组织、卫生实施”的服务模式，将社区卫生工作纳入镇（街）年终目标管理和考核。组建“社区志愿者”队伍，在与居民签约时起到宣传、发动、桥梁和纽带作用。

（二十八）建立健全社区首诊、双向转诊制度。各地要按照国家和我省关于推进分级诊疗制度建设有关文件要求，由辖区内基层医疗机构与二级以上医院组成县域医疗联合体，建立起社区首诊、双向转诊的联动机制，通过优先就诊、预约医院专家、优先安排住院等政策，吸引签约居民首诊在社区，建立完善的工作机制和转诊流程，实现信息共享。

（二十九）健全家庭医生签约服务资金保障机制。落实《吉林省深化医药卫生体制改革2016年工作要点》要求，2016年，全省人均基本公共卫生服务经费财政补助标准提高到45元，新增部分用于家庭医生签约服务。鼓励有条件的地方增加资金投入，加快推进家庭医生签约服务工作。

（三十）强化分工协作。相关部门要切实履行职责，合力推进家庭医生签约服务工作。发展改革（物价）部门要积极支持家庭医生签约服务所需的设施设备配备，做好签约服务价格的相关工作。财政部门要统筹核定基层医疗卫生机构的各项补偿资金，并建立与签约服务数量和质量相挂钩的机制。人力资源社会保障、卫生计生部门要建立健全有利于分级诊疗和家庭医生签约服务的基本医疗保险支付政策、人事政策。卫生计生、中医药管理部门要切实承担家庭医生签约服务工作的组织、协调职能，统一调配医疗卫生资源，加强对签约服务行为的监管。

（三十一）加强督导评估。各相关部门要大力推进家庭医生签约服务工作，认真总结经验，加强督导评估，探索开展第三方评估。建立定期调研督导机制，及时研究解决家庭医生在签约和服务过程中出现的困难和问题，总结推广典型经验和做法。

（三十二）做好舆论宣传。加大对家庭医生签约服务的宣传，整体改变和提高全社会对该服务的认识。特别是对社区居民，通过公示家庭医生信息、健康教育、舆论宣传等方式培养居民的预防保健观念，树立“小病在社区，大病进医院”的意识，提高对家庭医生的依从性和信任度。积极宣传家庭医生先进典型，增强职业荣誉感，营造全社会尊重、信任、支持家庭医生签约服务的良好氛围。

### （三十三）时间进度安排。

1. 各市（州）应在 2016 年 12 月底前完成本地家庭医生签约服务实施方案的制定，年底前全面启动家庭医生签约服务工作。

2. 各市（州）应在 2017 年 3 月底前，按照省委省政府《关于贯彻落实全国卫生与健康大会精神加快卫生与健康事业改革发展的实施意见》（吉发〔2016〕32 号）文件要求，制定具体办法，将基层医疗卫生机构编制使用和人员招聘权限下放至县级。

3. 各县（市、区）卫生计生、中医药管理、人力资源社会保障、财政等部门应在 2017 年 3 月底前制定签约服务管理规范。建立以签约对象数量与构成、服务质量、健康管理效果、居民满意度、医药费用控制、签约居民基层就诊比例等为核心的签约服务评价考核指标体系。对于考核结果不合格、群众意见突出的家庭医生团队，建立相应惩处机制。

4. 各县（市、区）应在 2017 年 3 月底前制定本地详细的服务规范及签约服务合同样本。根据本地不同人群需求，划分各种形式的服务套餐，细化各种具体服务形式。按照本地实施方案的要求完成遴选家庭医生工作，完成家庭医生团队组建。

5. 各基层医疗机构应在 2017 年 3 月底前健全以标化工作量为基础的绩效考核体系，设立全科医生津贴，向承担签约服务等临床一线任务的人员倾斜。基层机构收支结余通过绩效考核奖励形式全额予以补助，主要用于人员奖励，有效调动广大基层医务人员积极性。